



ADVANCED NURSING PRACTICE

# *Versorgung gemeinsam* **VERBESSERN**

*Das Projekt „HandinHand“ stützt sich auf positive internationale Erfahrungen mit Advanced Nursing Practice. Es bietet neue Arbeitsfelder für hochschulisch ausgebildete Pflegende.*

TEXT: SILKE DOPPELFELD UND STEFANIE KLEIN



Foto: Elena Faber/Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH

Der Trend ist eindeutig: Die Zahl der hausärztlichen Praxen in ländlichen Regionen nimmt kontinuierlich ab. Um ältere, chronisch kranke Menschen weiterhin gut versorgen zu können, startete in der Region Bad Neuenahr-Ahrweiler das Projekt HandinHand: langjährig erfahrene und akademisch weitergebildete Pflegefachpersonen unterstützen Hausärztinnen und -ärzte bei Hausbesuchen. Durch das Projekt, das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert wird, sollen in den nächsten Jahren etwa 1 500 Patienten im Alter von über 60 Jahren versorgt werden. Das Projekt stützt sich auf positive internationale Erfahrungen mit Advanced Nursing Practice.

Nach einer umfassenden Vorbereitungsphase startete das Projekt im März 2020. Derzeit werden rund 450 Personen versorgt. 41 Praxen nehmen am Projekt teil. Neben den

zu Hause lebenden Menschen mit chronischen Erkrankungen, werden auch Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitpflegeeinrichtungen versorgt. Etwa ein Fünftel der teilnehmenden Personen lebt in einem Heim.

### *Einzug ins Heim kann die ärztliche Versorgung komplizieren*

In Deutschland leben rund 819 000 pflegebedürftige Menschen in 14 480 Langzeitpflegeeinrichtungen. Diese Menschen sind in der Regel multimorbide, pflegebedürftig und auf hausärztliche Besuche angewiesen. Empirische Untersuchungen zeigen, dass nur ein geringer Prozentsatz der Menschen in Pflegeheimen in der Lage ist, das Recht auf freie Arztwahl tatsächlich auszuüben, denn das Leben im Heim bedeutet für die hochbetagten Menschen einen Umzug in eine neue Umgebung. Ein hausärztlicher Wechsel steht an, wenn das Heim zu weit von der Praxis entfernt liegt. Viele Menschen müssen sich daher beim Umzug in eine Langzeitpflegeeinrichtung von ihrer vertrauten ärztlichen Ansprechperson trennen.

Teilweise existieren Verträge oder Absprachen zwischen den Heimen und den ortsansässigen hausärztlichen Praxen, um die Versorgung neu Einziehender schnell sicherzustellen. Bewohner und Bewohnerinnen haben häufig nur begrenzte Chancen, ihre Interessen und Bedürfnisse selbst wahrzunehmen. Viele weisen spezifische geriatrische Morbiditäts- und Risikokonstellationen auf, die sehr individuelle Versorgungsbedarfe und Versorgungsentscheidungen erfordern. Entsprechend hoch ist die Abhängigkeit nicht nur von Pflegeleistungen, sondern auch von präventiver Risikoeinschätzung und zusätzlicher kontinuierlicher Kontrolle des gesundheitlichen Status. Menschen in Pflegeheimen sind in ihrer Versorgung in hohem Maße auf aufsuchende Strukturen angewiesen, da alternativ oft nur der Transport in ein Krankenhaus bleibt. Vor diesen Hintergründen stellt die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung eine besondere organisatorische Aufgabe für die Heime dar.

Eine besondere Schwierigkeit in der medizinischen Versorgung von Menschen in Pflegeheimen besteht in Mängeln der Kommunikation zwischen Heim und ärztlichem Dienst. Versorgungsforschende fordern eine Stärkung der Pflegenden, eine Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen und eine verstärkte Kommunikation und Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren, weil diese die Zahl vermeidbarer Krankentransporte aus Pflegeheimen ver-

#### **HandinHand - Ziele des Projekts**

- *Entlastung der Hausärzte – Versorgungssicherung*
- *Verbesserung der Patientenversorgung, Patientenorientierung und Qualität durch Pflegeexpertise*
- *Neues und interessantes Arbeitsfeld für Pflegenden*
- *Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung*



# Schwerpunkt

» ringern könne. Die häufigsten Gründe für den Anruf beim Rettungsdienst sind laut einer Untersuchung Stürze, Unfälle, Verschlechterungen des Allgemeinzustands und neurologische Auffälligkeiten. In einer Befragung äußerten mehrere Pflegedienstleitungen, dass die Visiten zeitlich sehr begrenzt wären. Nicht immer würde der Arzt dabei direkt mit der zu pflegenden Person Kontakt haben, sondern häufig nur Informationen bei den Pflegekräften abfragen.

Alles in allem ist die Versorgungsqualität für die typischen geriatrischen Problematiken zu sichern. Dahingehend ist es sinnvoll, die medizinische Versorgung gezielt auszurichten. Spezifische Risiken und Verschlechterung des Gesundheitszustandes von alten und multimorbiden Menschen müssen frühzeitig erkannt werden, damit zeitnah reagiert werden kann. Ferner sollte die Kommunikation, Dokumentation und Kooperation zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie dem Heimpersonal verbessert werden. Dazu zählen einheitliche Verfahren der gegenseitigen Information, Dokumentationsstandards, gemeinsamen Visiten und Medikationsleitlinien. Letztlich soll eine größtmögliche hausärztliche Versorgungskontinuität erzielt werden. Dazu zählen vor allem regelmäßige Visiten im Heim und die Erreichbarkeit eines Bereitschaftsdienstes auch außerhalb der Sprechstundenzeiten.

## *Interessierte Heime und hausärztliche Praxen zusammenbringen*

Die Projektverantwortlichen haben sich mit diesen Anforderungen auseinandergesetzt und die Langzeitpflegeeinrichtungen vor Ort in die weitere Ausgestaltung der Versorgung einbezogen. Die Organisation der medizinischen Versorgung in den Heimen vor Ort zeigt ein heterogenes Bild. Grundsätzlich findet ein regelmäßiger ärztlicher Kontakt statt, jedoch minimieren sich die Kontakte und Kommunikationszeiten je nach Überlastungsgrad der Praxen.

● Im ersten Schritt wurden die regionalen Heime durch die Projektverantwortlichen zu einer Informationsveranstaltung und einem intensiven Austausch eingeladen. Dabei wurde sich insbesondere darüber ausgetauscht, welche Bedarfe und Bedürfnisse die Verantwortlichen in den Heimen in der medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner feststellen. Es wurde deutlich, dass die Heime ei-

nen deutlichen Bedarf an regelmäßigen gesundheitlichen Check-ups sehen und sich neben dem Austausch über medizinische Fragestellungen auch ein Bedarf zum Austausch in komplexen pflegfachlichen Fragestellungen ergeben kann. Insbesondere das Thema Wundversorgung sowie das Durchführen von diagnostischen Maßnahmen vor Ort, wie Kontroll-EKGs wurde durch die Verantwortlichen der Heime als positiv bewertet. Zehn Einrichtungen entschieden sich dazu, eine Kooperation mit dem Projekt HandinHand einzugehen.

● Im zweiten Schritt wurde evaluiert, welche bereits am Projekt teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auch in den Heimen aktiv sind und auf welche weiteren zugegangen werden soll. Insgesamt erklärten zwölf Ärztinnen und Ärzte ihre Kooperation.

● Im dritten Schritt wurden die in den Heimen tätigen Ärztinnen und Ärzte einbezogen, in dem nach und nach Personen aus Heimen dem Projekt zugewiesen wurden. So war es möglich, neben den hausärztlichen Visiten zusätzliche Visiten durch die Pflegeexperten von HandinHand zu etablieren. In diesem Rahmen wird der Gesundheitsstatus regelmäßiger evaluiert. Die Projektmitarbeitenden sind ansprechbar sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner als auch für das Personal. Das Personal der Wohnbereiche fühlte sich durch die von den Projektmitarbeitenden gebündelte Kommunikation mit den Praxen durchaus entlastet. Insbesondere Telefonate mit Arztpraxen werden durch das Heimpersonal oft als nicht zielführend und zeitintensiv erlebt.

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, die Kooperation mit den Heimen im ersten Schritt über die Verantwortlichen in den Heimen anzubahnen und im zweiten Schritt das Personal auf den Wohnbereichen einzubinden. Der direkte Kontakt der Wohnbereiche zu den Projektmitarbeitenden ist der entscheidende Schritt zur gelingenden Kommunikation mit den Praxen, weil die Informationen und Anliegen gebündelt und in geregelten Kommunikationsstrukturen mit den behandelnden Ärzten besprochen werden. Für die Bezugspflegekräfte wird durch diese Bündelung der Kommunikation der Gesamtprozess der medizinischen Versorgung der Pflegebedürftigen unkomplizierter und schneller.

## *Erkrankungen frühzeitig erkennen und adäquat behandeln*

Die 56 am Projekt teilnehmenden Personen aus Pflegeheimen erhielten 339 Visiten durch die Projektmitarbeitenden. Die Besuche dauern im Schnitt 34 Minuten. Die Kommunikationszeit pro Bewohner mit der Bezugspflegekraft liegt bei neun Minuten.

Beim ersten Besuch findet ein umfassendes Assessment als gründliche Bestandserhebung statt. Das Durchschnittsalter liegt bei 87 Jahren. Als Hauptdiagnosen stehen Herzkreislauferkrankungen im Vordergrund, allen voran der Hypertonus. An zweiter Stelle der Diagnosen stehen die psychischen Erkrankungen. Eine Kombination von beiden

### **Aufgaben der Pflegeexperten**

- *Kollegiale Beratung der Bezugspflegekräfte in Einrichtungen der Langzeitpflege und ambulanten Pflegediensten*
- *Klinische Überwachung*
- *Erfassung weiterer Versorgungsbedarfe*
- *Koordination der Versorgung über Vernetzung*
- *Förderung des Selbst- und Symptommanagements*
- *Beratung und Unterstützung pflegender Angehöriger*



**E**ine Projektmitarbeiterin misst bei einer Bewohnerin den Blutdruck. Sie ist das Bindeglied zur hausärztlichen Praxis und entlastet das Pflegepersonal im Heim.

erfordert eine sehr gründliche klinische Überwachung, die engmaschig durch die Projektmitarbeitenden geleistet wird. Nach jeder Visite erhalten die Ärztinnen und Ärzte einen Statusbericht. Auf diesem Weg können zeitnah Medikamente angepasst werden, etwa wenn die Pflegeexperten feststellen, dass die Ödeme bei Personen mit einer bestehenden Herzinsuffizienz zunehmen oder sich die Belastungsdyspnoe verstärkt hat. Auch bislang unbekannte Diagnosen wie Vorhofflimmern können durch Routine-EKG festgestellt und somit mögliche Folgeerkrankungen wie Schlaganfälle durch Einsatz von Antikoagulantien präventiv vermieden werden.

Im Rahmen der Covid-19-Pandemie werden regelmäßig in enger Abstimmung mit den Heimen die Hygienestandards weiterentwickelt. Die Projektmitarbeitenden haben an regelmäßigen Screenings über PCR-Testung teilgenommen. Bei den Besuchen werden FFP2-Masken und bei körpernahen Tätigkeiten wie das Schreiben von EKGs Schutzmittel getragen. Direkter Kontakt zu Covid-Infizierten blieb bis dato aus, weil in Ausbruchsgeschehen den Projektmitarbeitenden aus Sicherheitsgründen der Eintritt in die Heime untersagt blieb.

Das Projekt hat beim Förderer einen Verlängerungsantrag bis zum September 2022 gestellt. Dieser wurde positiv beschieden. Weitere Hausärztinnen und -ärzte in anderen Regionen schließen sich derzeit dem Projekt an. Somit werden auch weitere Heime sukzessive am Projekt teilnehmen. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass die Einbindung der Pflegeexperten die medizinische Versorgung durch den Hausarzt sinnvoll quantitativ und qualitativ ergänzt. Die Begleitforschung wird zum Ende des Projekts detaillierte Daten zum präventiven Hausbesuch der Pflegeexperten in den Heimen liefern können. «

**MEHR ZUM THEMA**

**Innovationsfondsprojekt HandinHand**  
[www.pflegeexperten-center.de](http://www.pflegeexperten-center.de)



**Silke Doppelfeld**

ist Leiterin des Pflegeexperten-Centers und Lehrerin für Pflege- und Gesundheit. Neben ihrer Lehrtätigkeit übernimmt sie diverse Lehraufträge in Pflegestudiengängen. Sie promoviert an der PTHV.



**Stefanie Klein**

ist stellv. Leiterin des Pflegeexperten-Centers und Fachkraft für Intensivpflege. Sie studierte Gesundheits- und Sozialwissenschaft und macht ihren Master in Community-Health-Nursing an der PTHV.